

Asfixia perinatal e comportamento maternal

SANDRA CANETE (*)

ANTÓNIO PIRES (*)

A gravidez é considerada como uma fase do desenvolvimento psicológico de maior importância, é sempre um desafio à adaptação da mulher como pessoa, um desafio à sua maturidade, à estrutura da sua personalidade. Para se adaptar ao estado de gravidez, a mulher tem de passar por muitas ansiedades, tem de incorporar o feto como parte do seu esquema corporal, e acostumar-se aos diferentes ritmos: metabólico, hormonal e fisiológico. Os nove meses de gravidez, dão aos pais esta oportunidade de se prepararem física e psicologicamente. O momento do parto, é um momento único de esforço físico, felicidade, mas também de grande tensão emocional. Neste momento, a futura mãe tem de estar pronta para criar novos laços, e de se mostrar muito disponível para entrar naquele estado a que Winnicott chamou de «doença normal», ou seja, um estado de envolvimento total. No entanto, nem sempre o percurso da gravidez e pós-parto decorre desta maneira, existem situações graves que tornam o bebé vulnerável e dificultam a relação mãe-bebé. Nesta altura, os pais sentem-se perdidos e incompletos.

A asfixia perinatal no recém-nascido de termo é considerada a causa principal de lesão cerebral (Harris, 1997), podendo levar a sequelas neurológicas permanentes. Apesar de ser um termo largamente utilizado, não há consenso na sua definição, o que torna difícil estabelecer a sua incidência, tratamento e factores de prognóstico. No entanto, a asfixia perinatal tem sido definida como um atraso na respiração espontânea; baixo índice de Apgar; acidose do sangue do cordão; anomalias do registo cardiotocográfico e ainda como expressão clínica de lesão cerebral post-asfíxica a encefalopatia hipóxico-isquémica. Há sinais evidentes que o prognóstico após a asfixia intra-parto melhorou nos últimos anos. Contudo, continua a ser difícil prever precocemente quais são as crianças que vão sobreviver com sequelas, uma vez que isso depende do modo como a asfixia foi avaliada e da gravidade e duração do processo asfíxico.

Perante esta realidade, os pais entram, na maioria das vezes em situação de crise. Os seus receios e medos tornam-se realidade: nasceu-lhes um filho que sofreu uma asfixia, foi retirado da mãe imediatamente após o parto deixando na mãe sentimentos de incapacidade e frustração e o futuro passa a ser uma incerteza, pois esta asfixia poderá trazer algumas complicações futuras. Vários autores, tem sublinhado a importân-

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

cia das primeiras relações mãe-bebé e do estabelecimento de padrões de interacção desde os primeiros dias de vida. Esta interacção é um processo recíproco, sendo influente nas respostas de cada um o comportamento do outro. Em situações consideradas de crise, pode-se dar uma ruptura destes padrões iniciais. É o que pode acontecer com as mães e as crianças que fizeram asfixia perinatal. Tendo em conta a situação que envolve os bebés que fizeram uma asfixia perinatal e a consequente separação neonatal a que frequentemente são forçados, muitos têm sido os estudos que se debruçam sobre as capacidades interactivas. Estudos como os de Di Vitto & Goldberg (1979), Field (1979), Minde (1980) (in Crnic, & Greenberg, 1983), entre outros, tem demonstrado a importância da perspectiva interaccional no diagnóstico e prognóstico da criança em situações de risco, bem como no tipo de interacção que é estabelecida entre esta e a mãe.

Para Shea e Tronick (in Fitzgerald, 1988), o nascimento de uma criança numa situação de risco constitui um grande abalo na auto estima da mãe. A separação, o permanecer na incubadora ou o período de internamento numa UCIN, geram nos pais destas crianças receios perfeitamente justificados e sentem-se desorientados quanto à forma de com elas estabelecer uma relação. Como as suas crianças estão doentes, necessitam de cuidados e atenções especiais e estão dependentes de tecnologia avançada, os pais chegam à conclusão de que a forma mais habitual de cuidar dos seus filhos e de demonstrar afectividade não é possível nesta situação (Goodfried, 1993). A substituição dos pais pela equipa médica e o ambiente tecnológico estranho são condições que criam dificuldades de interacção. Grande parte dos autores, defende ser importante permitir aos pais, e em particular à mãe, contactar com o filho, o mais precoce e frequentemente possível. Porque a falta de familiaridade e de contacto, pode resultar em expectativas irrealistas e défices de interacção (Field, in Zeskind & Iacino, 1984). Quando pela primeira vez, a mãe vê o seu bebé, ele está dentro de uma «caixa de vidro», cheio de tubos espetados no seu pequeno e frágil corpo, ligado a um respirador artificial, com a exaustão expressa no rosto. É uma imagem chocante, e torna-se difícil relacionar «aquele pedacinho de carne cheio de instrumentos (...) com um ser humano» (Brazel-

ton, 1989). Zeskind e Iacino (1984), mencionam alguns estudos onde para algumas mães o contacto com o seu filho é complicado e mesmo embaraçoso, quando a criança necessita de cuidados intensivos. Os mesmos autores, mencionam o facto de que o contexto vivido numa UCIN (o desenrolar incerto da situação clínica, todos os aparelhos e máquinas), pode resultar num afastamento emocional e falta de familiaridade da mãe com o seu filho. Os pais devem ser encorajados a aceitar o seu filho, a conhecer a sua fragilidade, mas também as suas enormes possibilidades e potencialidades, sem terem de o comparar com outros bebés de termo que não tiveram qualquer tipo de problema. Zeskind e Iacino (1984), são da opinião de que as visitas maternas à UCIN, podem ser aumentadas e incentivadas, porque ajudam as mães a lidarem com as dificuldades de encararem o seu filho. Já que no início da sua «tarefa» como pais não podem responder adequadamente aos sinais dos seus bebés, o contacto mais próximo dos pais com os seus bebés pode minorar todos os sentimentos que de algum modo dificultam o processo vincutivo, ou seja, os sentimentos de insegurança, medo e receio em relação aos cuidados e sinais das suas crianças.

As consequências para os pais desta situação de risco são as mais diversas incluindo ansiedade e depressão face à situação de risco da criança e sofrimento associado à falta de informação e incerteza sobre a saúde e desenvolvimento da criança, e sobre como devem actuar. Apesar da revisão de literatura nos revelar bastantes estudos sobre o impacto emocional nos pais, poucos se referem à forma comportamental como eles lidam com estas situações sobretudo no período pós alta da criança. Isto justifica o objectivo do presente trabalho, que é abordar as vivências maternas; compreender melhor a situação de crise em que estes pais se encontram; compreender alguns aspectos do comportamento materno como: situações e experiências que se revelaram significativas; de que forma esta situação pode alterar o seu modo de pensar e encarar a situação; e qual o seu modo de organização face à situação do seu filho. Todos estes pontos serão investigados através de um método denominado Grounded Theory. Com base neste método, será criada uma teoria acerca do comportamento parental de mães com filhos que fizeram asfixia perinatal.

1. MÉTODO

O método Grounded Theory procura descrever o mundo real das pessoas que estão envolvidas na investigação. Este método procura desenvolver uma teoria a partir dos dados sistematicamente recolhidos e analisados. Envolve: o desenvolvimento de códigos, categorias e temas que se destacam devido à sua relevância; criar hipótese de trabalho afirmações a partir dos dados; e analisar o discurso dos participantes que viveram a situação particular.

1.1. *Sujeitos*

As participantes deste estudo foram quatro mulheres, com idades compreendidas entre 25 e os 35 anos que tiveram um filho que fez uma asfixia perinatal. Em três destas crianças a asfixia foi intra-parto e uma pós-parto (3 horas depois). Todas as participantes planearam e desejaram a gravidez, e três são primíparas. Três crianças têm entre 4 e 9 meses e uma tem 3 anos.

1.2. *Procedimento*

As mães foram abordadas na consulta de Pediatria e Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Foi-lhes explicado o objectivo e o âmbito deste estudo. Combinou-se com as mães que a entrevista seria gravada garantindo-se a máxima confidencialidade. A entrevista iniciava-se com uma pergunta geral: «Gostaria de falar um pouco consigo acerca da sua gravidez, parto e como tem sido ser mãe desta criança?»

1.3. *Análise de dados*

A análise de dados teve como objectivo construir um modelo teórico sobre o comportamento parental em situações de risco. As entrevistas foram transcritas. A análise iniciou-se com uma codificação aberta, ou seja, é a análise que diz respeito à rotulação e categorização dos fenómenos. Para tal é necessário separar os dados, para posteriormente serem examinados minuciosamente, comparados entre as suas semelhanças e diferenças e onde se questiona o fenómeno sugerido. A linguagem dos participantes guia o desenvolvimento da codificação e categorização

pois só as *categorias in vivo* (as próprias palavras dos participantes) ajudam o investigador a distanciar-se dos seus próprios pressupostos e crenças acerca de um fenómeno, para assim não fechar precocemente a análise. As codificações e as categorias vão sendo sistematicamente comparadas umas com as outras e assim produz-se progressivamente categorias mais complexas e inclusivas. Por vezes, ao longo da codificação o investigador encontra alguns conflitos no seu pensamento. Aí há necessidade de parar a codificação, reflectir e analisar os seus pensamentos e conduzi-los para conclusões mais lógicas, ou seja, fundamentadas nos dados. Neste momento o investigador escreve um memorando que enriquece o processo de codificação.

O segundo procedimento avançado por Strauss e Corbin (1990) é a codificação Axial. Este procedimento reúne os dados que foram separados na codificação aberta através de ligações estabelecidas entre categorias e sub-categorias. Isto é feito através de um modelo denominado de «paradigma». Este modelo está orientado para a especificidade das categorias ao nível de «condições» (eventos, fenómenos), «contexto» (propriedades específicas e localização dos eventos), «estratégias de acção ou interacção» (através do qual um fenómeno acontece), e as «consequências» (das estratégias). Este modelo permite o desenvolvimento das categorias. A teoria final restringe-se às categorias, suas propriedades, dimensões, e relações que existem entre os dados recolhidos. Este é o principal objectivo da Grounded Theory, ou seja, construir um modelo teórico baseado nos dados. Finalmente, o último procedimento é a codificação selectiva. Neste processo a categoria principal é sistematicamente relacionada com as outras categorias. A categoria principal desenvolve-se a partir das suas propriedades. À medida que a teoria se desenvolve, várias modificações acontecem com o intuito de clarificar a sua lógica, elimina-se propriedades irrelevantes, integra-se detalhes significativos das propriedades nas linhas gerais das categorias inter-relacionadas e reformula-se (redução) a teoria para diminuir alguns conceitos. As categorias foram classificadas, comparadas e contrastadas até estarem saturadas, ou seja, não se encontrou mais dados passíveis de serem adicionados às categorias para as caracterizar, pois estas já foram exaustivamente desenvolvidas, as

suas relações estabelecidas e validadas. Na Grounded Theory, a amostragem é feita até ao momento em que há saturação teórica das categorias. Finalmente, juntam-se todos os memorandos escritos ao longo do estudo e inicia-se a escrita da teoria, podendo sempre recorrer aos dados para exemplificar um ponto de vista e fornecer algumas ilustrações.

2. RESULTADOS

Devido ao facto da asfixia perinatal ser uma situação de emergência pediátrica verificou-se que as mães destas crianças vivem toda a situação de uma forma particular, ou seja, as mães vivem cada momento que passa. Elas falam de sentimentos que experienciaram quando tiveram conhecimento do diagnóstico, o que sentiram quando olharam pela primeira vez para o seu bebé numa incubadora, as dificuldades que tiveram quando receberam alta e os seus bebés tiveram de ficar, os difíceis momentos passados no hospital, os seus maiores receios quando os levaram para casa e da preocupação que surge em torno do desenvolvimento e do futuro. Tudo é vivido por etapas e não como um todo como se assim pudessem evitar sofrimentos antecipados.

A *asfixia perinatal* é uma situação de emergência e como tal as mães destas crianças mostraram a sua necessidade de referir como foi difícil definirem o que sentiram quando souberam o que tinha acontecido com o bebé. A mãe A disse: «eu acho que estava um bocadinho apática sabe... não estava... dizer-lhe aquilo que senti... não sei dizer exactamente aquilo que senti...». A mãe B também nos disse: «eu acho que não percebi logo (...) eu fiquei assim (expressão corporal) sem saber o que estava a sentir.» Estas palavras são reveladoras da perplexidade em que estas mães se encontram, pois nada prevê esta situação. Muitas mães até à altura em que são confrontadas com esta situação nunca ouviram falar de asfixia perinatal, e quando recebem esta notícia ficam num estado de «perplexidade». E só posteriormente quando são confrontadas com os seus bebés numa incubadora é que elas nos falam, como disse a mãe B «vê-la assim numa incubadora foi chocante». Parece que só no momento em que olham para o seu bebé é que tudo passa a ser verdade e não um «pesade-

lo» que estavam a ter. A realidade revela-se extremamente forte e ameaçadora para estas mães, que iniciaram a sua maternidade de uma forma diferente daquela que sonharam.

A *incerteza quanto ao estado clínico do bebé passa a ser uma preocupação dominante durante o internamento*. «(...) havia dúvidas acerca do estado de saúde da N. eu tinha muito receio (...) eu não tinha certezas» referiu a mãe B, a mãe D disse: «será que ela está a vencer, ou será que vai morrer?» Estas incertezas em relação ao estado clínico do bebé deixa nas mães grandes preocupações e medos, o que faz com que elas vivenciem este momento com grande sofrimento. A mãe B mostra-nos como ela vivia aquela situação: «tinha medo de entrar de repente (...) tinha medo de chegar um dia e de não a encontrar», já a mãe D disse: «tinha um medo terrível de a ver pior, entrava a medo com receio de encarar com uma notícia má.» Ao longo das entrevistas verificamos que todas estas incertezas levam as mães a terem medo de tocar nos seus bebés, como se assim pudessem prejudicar o bebé. A mãe B refere «tinha receio de lhe tocar (...) tinha muito receio de lhe tocar», a mãe C também refere o seu medo «medo de lhe tocar, uma vez que ele estava cheio de tubos» e a mãe D disse claramente «tinha muito medo de pegar nela de desligar alguma coisa, receio de lhe fazer mal». Estes medos e receios que as mães manifestaram estão intimamente ligados ao estado clínico do bebé.

O momento da *alta do bebé* é um momento de ansiedade. Devido à situação de asfixia as crianças são colocadas em incubadoras e os cuidados passam a ser prestados pelo pessoal médico e de enfermagem. Assim, também aparecem sentimentos de incapacidade devido ao facto de não serem elas a prestarem os cuidados aos seus bebés. A mãe A disse: «receio porque não é fácil... quer dizer assim é uma “coisinha” pequenina que é nossa e agora tens que ser tu a tratar, tens que ser tu a perceber o que é que ele quer (...) à primeira vez é complicado.» A mãe B revelou como foi horrível: «foi horrível chorou toda a noite (...) eu não sabia o que é que havia de fazer», do mesmo modo a mãe C também revelou o seu enorme receio de falhar: «não saber fazer alguma coisa porque já não existe o hospital, nem os enfermeiros para nos ajudar ou explicar o que é que estava a acontecer, tínhamos

que ser nós.» Estes sentimentos de insegurança e incapacidade tanto fazem aumentar a sua preocupação como fazem com que elas desenvolvam estratégias que de algum modo as deixem mais seguras em relação ao bebé.

Uma outra condição importante é o *medo que estas mães têm que esta situação de asfixia tenha deixado lesões irreversíveis* nos seus bebés, e elas sabem que só mais tarde é que isso se poderá revelar. Acerca deste assunto a mãe A disse: «pode haver uma ou outra coisa pequena que nunca se vê nas ecografias e que pronto, a altura que é para se ter mais cuidado é a altura da escola para ver se o P consegue acompanhar ou não, pode haver uma ligeira diferença ou não.» Estas incertezas levam a que a preocupação materna em relação ao desenvolvimento aumente, e faça com que elas vivam enormes sofrimentos antecipados.

Outra *preocupação central é em relação ao desenvolvimento da criança*. A mãe A mostra-nos o a sua preocupação: «tenho que estar com uma certa atenção, ver o desenvolvimento e acompanhar na escola» assim como a mãe C também nos revelou a sua intenção «eu vou sempre acompanhar o seu desenvolvimento». Esta é uma preocupação que todas as mães que participaram neste estudo mostraram ter devido ao facto de não se poder prever antecipadamente se a asfixia perinatal deixou alguma lesão nas suas crianças que possa afectar o seu desenvolvimento, é o viver diariamente com uma incerteza. A incerteza, nesta determinada situação, mostra-se como uma causa de stress muito grande e com repercussões a longo prazo. Estas mães passam a viver constantemente com uma dúvida interna que é se a sua criança se consegue desenvolver como as outras crianças da sua idade.

O facto destas mães sentirem falta de ter os seus filhos à nascença, *contacto primordial*, faz com que elas pensem que podem não saber reconhecer os sinais da criança, deixando nas mães enormes sentimentos de insegurança o que fará aumentar a preocupação em relação ao desenvolvimento, acerca deste assunto a mãe B revelou-nos «ainda hoje, eu sinto falta de ter... quando ela nasceu de a ter tido comigo».

As mães constatarem que foi importante o *apoio que receberam quer a nível médico, como do companheiro e dos amigos/familiares*. A mãe A

refere: «eu costumo definir a MAC tanto para mim como para o meu filho 5 Estrelas, tenho tido todo o apoio»; a mãe B referiu: «Sempre fui apoiada, senti-me sempre apoiada foi impecável (...) sentia-me segura». Acerca do apoio que receberam dos companheiros a mãe C fala: «tive muito apoio do meu marido se não... não sei como tinha reagido (...) entre os dois conseguimos superar». A mãe C fala do apoio que recebeu dos amigos: «Tive muitos amigos (...) acho importante termos apoiadas numa situação destas, é muito importante termos alguém com quem falar, desabafar o que estamos a sentir.» Como se pode verificar, através das próprias palavras das mães, é importante todo o apoio que elas recebem nestes momentos difíceis. Elas experienciam sentimentos de incapacidade pois sentem-se colocadas em segundo plano na sua qualidade de mães prestadoras de cuidados. Os seus bebés dependem do pessoal médico e de enfermagem, que sabem e têm experiência em lidar com situações complicadas, assim quando estas mães levam os seus bebés para casa, vivem momentos de insegurança: receio, medo de não reconhecerem os sinais dos bebés. A mãe A diz: «receio porque não é fácil (...) é nossa e agora tens que ser tu a tratar, tens que ser tu a perceber o que é que ele quer, o que é que ele não quer.» Ainda acerca deste ponto, a mãe C fala-nos do seus receios: «um enorme receio de falhar, ou de não saber fazer alguma coisa porque já não existe hospital nem enfermeiros para nos ajudar, ou explicar o que é que está a acontecer, tínhamos que ser nós.» Todos estes receios levam as mães a criar laços de ligação muito fortes em relação aos seus bebés como a mãe B diz: «fiquei muito mais ligada a ela (...) parecendo que não estamos muito mais atentos a todos os pormenores do que se fosse normal.» A mãe D também refere a sua ligação à filha: «Eu sinto que estou muito ligada a ela, eu se acordar durante a noite vou ver como é que ela está, e enquanto não for ver não descanso.» Esta ligação parece ser devido à própria situação de crise que as mães são obrigadas a viver, e não devido ao fenómeno em particular.

A própria *personalidade materna* parece ser um evento importante e determinante, porque ao analisarmos todas as entrevistas pode-se verificar claramente que há mães que têm uma personalidade mais forte, o que as levou a encarar toda a situação de uma forma mais optimista do

que outra mãe mais frágil. Mas como cada pessoa é um mundo e isso passa para o comportamento e para a postura com que as mães lidam com toda a situação, há mães que encaram a situação de uma forma mais calma enquanto que outras se sentem revoltadas com toda a situação. A mãe D mostrou-nos a sua revolta contra uma mãe toxicodependente que estava na cama ao lado da sua: «ela trouxe o bebé e o meu? Isto revolta-me, eu sentia-me revoltada (...) tinha uma revolta tão grande que por vezes (...) tinha vontade de dar um pontapé nesta “porcaria” toda.» Fica clara a revolta e a agressividade que esta mãe sente com a vida, enquanto que a mãe A já encarou tudo de uma forma mais pacífica como podemos verificar nas suas palavras: «apatia até pode não ser a melhor maneira de definir... talvez por não ter entrado (passo entre aspas o que vou dizer) “não tenha ficado com histerismo” nem tenha chorado muito em demasia, acho que não adiantava de nada.» Tudo indica que a forma como as mães encaram, vivem e se manifestam depende muito da sua personalidade.

As mães desenvolvem estratégias para responderem a toda a situação. As estratégias encontradas pelas mães para melhor lidar com a preocupação com o desenvolvimento da sua criança são: a atenção a todos os pormenores; comparação constante com outras crianças e a normalização.

Em relação à *atenção* que estas mães passam a ter a mãe A refere «certa atenção ver o desenvolvimento e acompanhar na escola (...) com certeza que poderei acompanhar e ver o desenvolvimento», a mãe B diz «as atenções estão muito viradas para ela (...) atenta a todos os pormenores (...) uma lista de tudo o que ela fazia, de tudo o que ela dizia (...) atenção muito mais especial quando eles passam por situações destas». Do mesmo modo a mãe C refere que: «ele ainda tem somente 4 meses e a médica diz que ele está normal e tudo indica que sim» e a mãe D nas suas palavras mostra a sua preocupação em relação ao futuro mostrando a esperança que esta situação não tenha afectado a sua filha.

Uma outra estratégia utilizada pelas mães deste estudo é a *necessidade de estar constantemente a comparar o desenvolvimento do seu bebé* com outros da mesma idade. A mãe A disse: «faz tudo o que os outros bebés desta idade fazem (...) há crianças que têm dificuldades e

nunca tiveram nada», do mesmo modo a mãe C disse: «ele faz tudo como os outros bebés.» Já a mãe D refere: «quem olhar para ela não vê nada de diferente dos outros bebés.»

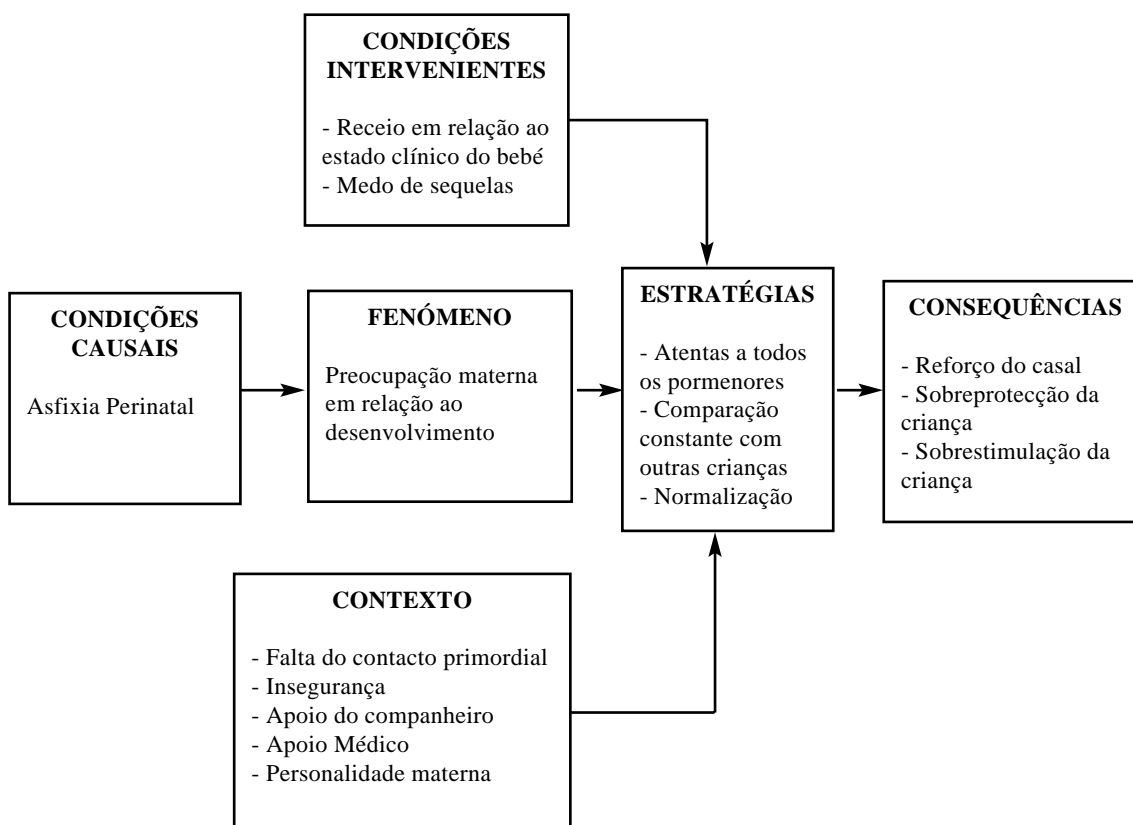
Estas necessidades maternais de compararem os seus bebés com outros que não passaram por estas situações leva-nos à *constante normalização* que elas fazem, ou seja, o «faz tudo como os outros» e à constante necessidade de referirem que os seus bebés se estão a desenvolver normalmente como as outras crianças da sua idade, a mãe A disse: «ele está perfeitamente normal à excepção desta rigidez muscular» e a mãe B também referiu: «o desenvolvimento foi normal, foi bem, não notei diferenças nenhumas.» Parece patente que esta necessidade está muito ligada a elas mães, ou seja, à sua necessidade de acreditar que os seus bebés não passaram por uma situação de crise.

Todas estas estratégias adoptadas pelas mães que participaram neste estudo têm consequências. As consequências não ficaram claras, uma vez que três das mães que participaram neste estudo tinham bebés com idades compreendidas entre os quatro e os nove meses, e somente uma tinha três anos. Devido a estes factos não foi possível encontrar muitas consequências do fenómeno em estudo, mas, contudo, avançamos com hipóteses de possíveis consequências. As consequências são: reforço do casal; a protecção excessiva da criança e a estimulação excessiva da criança.

A *sobreprotecção* do bebé é uma possível consequência das estratégias utilizadas pelas mães. A mãe B referiu que «achava que era cedo para ir trabalhar, quis estar mais tempo com ela em casa», mas como esta categoria não ficou propriamente saturada, avançamos esta consequência como hipótese. No entanto, a consequência *reforço do casal* ficou clara na mãe C quando referiu «esta situação uniu-nos muito mais a nós como casal». No entanto isto pode não acontecer com todos os casais, no nosso estudo tudo aponta para o reforço do casal mas não existem dados concretos para confirmar ou refutar esta ideia.

A *sobreestimulação* da criança aparece como uma possível consequência devido ao facto destas mães terem necessidade de se convencerem que as suas crianças são iguais às outras da sua idade e que podem desenvolver-se de igual mo-

FIGURA 1



do. A mãe A disse claramente: «agora há vários materiais disponíveis para ajudar a criança a desenvolver-se (...) os brinquedos têm barulhos para estimular as crianças (...) ao P faltou-lhe os estímulos exteriores ele só os teve passado 12 dias.»

3. CONCLUSÃO

A revisão de literatura revelou-se rica em estudos e explicações acerca das interações precoces, do relacionamento mãe-bebé e de todo o processo de vinculação. Contudo rapidamente verificamos que não existe investigação sobre o impacto da asfixia neonatal sobre o comportamento parental. O objectivo do estudo foi assim construir um primeiro modelo exploratório do

comportamento das mães nestas situações, abordando as vivências psicológicas maternas, compreendendo a situação de crise em que estes pais se encontram, de que forma esta situação pode alterar o seu modo de pensar e encarar a situação, e o modo de organização cognitiva e comportamental face à situação do seu filho.

Tudo indica que estas mães também sentiram tudo o que a literatura descreve, como por exemplo, as crises de ansiedade sentidas pelas mães ao aproximar-se a altura do nascimento, mas estes momentos parecem insignificantes em relação a tudo o que posteriormente passaram a viver. Ao analisar as entrevistas destas mães verifica-se no discurso uma necessidade de separar a situação em fases, como o nascimento, a alta da mãe, o internamento do bebé, a alta da criança e a fase pós-alta da criança. Ou seja, toda a situa-

ção de crise é vivenciada por etapas como se assim evitassem sofrimentos.

Sabe-se que com o *nascimento*, dá-se a separação física e uma ruptura na relação que outrora era íntima entre a mãe e o bebé. Este é um período delicado mas mais delicado fica quando estas mães sabem que o seu bebé sofreu uma asfixia perinatal, podendo correr risco de vida, ou de ficar com futuras sequelas devido à falta de oxigenação sofrida. Estes momentos são particularmente sentidos pelas mães pois toda esta situação vai contra aquilo que elas sonharam. Assim, apareceram categorias relacionadas com uma reacção emocional ao diagnóstico, tais como: choque, surpresa, o choro e dificuldade em definir o que sentiram. Isto porque estas mães são confrontadas com uma situação inesperada, uma vez que a sua gravidez correu sempre normalmente e nunca estiveram perante uma situação de risco. Para além de todas as expectativas existentes em relação ao parto, surge uma situação complicada pondo em risco a vida do seu bebé. Esta situação abala a auto-estima das mães. Estudos como os de Shea e Tronick, mostram que o nascimento de uma criança numa situação de risco constitui um grande abalo à auto-estima da mãe. Contudo, verifica-se que há uma tentativa de organização interna porque surgem nos discursos conceitos como esperança (que não ia ser nada de pior) e optimismo.

A análise realizada mostra-nos um momento marcante que é o momento da *alta da mãe*. Dado que toda a situação de asfixia é complicada mesmo que se trate de uma asfixia moderada ou leve, as crianças têm que ficar hospitalizadas por razões óbvias de risco de saúde. Este momento é bastante sentido porque as mães são novamente confrontadas com uma situação diferente daquela que elas sonharam ou ouviram falar, que é o facto de chegar a casa sem o seu bebé. Através do discurso materno podemos ver que existe uma enorme dificuldade em estar em casa, ou dificuldade de se ver em casa sem o seu bebé. Como refere a mãe B «Chegava a casa e estava lá sozinha», ou «quando cheguei a casa e vi as coisinhas dele... e me vi sem o meu filho... chorei» referiu a mãe C, a mãe D disse claramente «Foi horrível! Eu chegar a casa sem o meu bebé». As palavras destas mães estão carregadas de sofrimento, um sofrimento interior que nunca poderia ser transmitido aos seus bebés. Esta é

uma situação complicada que exige novamente um ajuste materno. Elas passam a viver em função do seu bebé, a sua vida resume-se ao bebé e à situação que ele está a viver. Uma vez que as mães não podem passar elas por aquela situação em vez da criança, elas passam para segundo plano pois o importante é a criança. As vidas destas mães passa a ser no hospital, aí estão o dia todo mesmo que não possam mexer na criança só a olhar para eles ou a falar com eles.

A separação, o permanecer na incubadora ou o período de internamento do bebé na UCIN, geram nos pais receios e medos justificados e faz com que eles se sintam desorientados quanto à forma de com elas estabelecer uma relação. Os pais vivem momentos de profunda desilusão. Brazelton e Cramer (1988), falam-nos da profunda dor que as mães sentem por o seu bebé estar entregue à equipa médica e de enfermagem e a uma máquina que parece preencher o papel de mãe. As mães que participaram neste estudo falam do momento em que foram confrontadas com o seu bebé, numa incubadora e cheios de tubos. Este momento é para estas mães um momento chocante, como elas mesmo o definem. Assim, surgem categorias como: choque, a incerteza quanto ao estado clínico do bebé e o medo de lhe mexer. Mas curiosamente, e como foi referido anteriormente, existe nestas mães uma força interior para superar esta situação. Elas falam em transmitir energia aos bebés e estar totalmente disponível para eles. Nesta fase há um claro ajustamento materno à situação de crise que a envolve. A relação precoce tem uma componente vinculativa e o contacto pós-parto tem um papel reforçador muito importante. De facto, nas mães que participaram neste estudo, todas elas sentiram falta deste contacto à nascença, como se isso não permitisse que elas reconhecessem os sinais da criança. As mães mostraram que sentiram falta do contacto primordial. Apesar de naquele momento a situação exigir que elas passassem para um segundo plano na vida do seu bebé, pois eles precisam de cuidados especiais médicos que a mãe não pode satisfazer, há nas palavras das mães um sofrimento por não terem tido logo os seus filhos perto de si.

Após estes momentos difíceis surge a altura de levar o bebé para casa, *alta do bebé*. Este momento é vivido pelas mães com bastante entusiasmo. Palavras como felicidade, contentamento

encontram-se no discurso delas, é a realização de um sonho há muito idealizado mas que tinha sido temporariamente adiado devido à situação de asfixia com a qual se tinham confrontado. Neste momento surge vontade de retirar o bebé daquele meio o mais depressa possível, mostrando a enorme necessidade materna de ter o bebé só para si, ser ela novamente a pessoa mais importante na vida do seu filho como tinha acontecido nos 9 meses de gravidez. Nesta fase encontramos as mães a viver uma felicidade plena que começa a ser perturbada por um fantasma que é os cuidados a ter com a criança em casa. Aqui já não existe hospital, nem médicos, nem enfermeiros que possam ajudar ou explicar o que os pais devem fazer, agora «é uma “coisinha” pequenina que é nossa e agora tens que ser tu a tratar» como referiu a mãe A. Nota-se um certo medo da sua in experiência quanto pais, porque três das mães que participaram neste estudo eram primíparas. Mas a mãe B que já tinha uma filha, mostrou também receio de não saber dar resposta aos sinais da sua bebé «Horrrível (...) e eu sem saber o que havia de fazer (...) ela chorava, e não comia e ... estava enxuta, e nada a aleijava e eu perguntava-me porque é que ela chora».

Numa fase paralela a esta, *pós-alta do bebé* mas também durante o internamento, surge nas mães alguma preocupação em relação ao desenvolvimento do seu bebé. Como se sabe, a asfixia perinatal pode provocar lesões em células que podem ser recuperáveis se a intervenção tiver sido rápida, mas algumas podem sofrer lesões irrecuperáveis que só mais tarde se podem verificar ao longo do desenvolvimento. Assim sendo, as mães destas crianças passam a viver com uma incerteza, que se pode observar no seu discurso «vou estar atenta» refere a mãe A. As mães passam a viver com uma preocupação constante, o que as faz estar muito mais atentas a todos os pormenores e a fazerem comparações constantes com os outros bebés que não tiveram qualquer problema. Este último momento é marcante para um período de vida mais ou menos longo, ou seja, está patente no discurso materno a preocupação em relação ao desenvolvimento do seu bebé o que gera nas mães algumas incertezas quanto ao futuro, e possíveis preocupações.

É importante realçar que os resultados aqui encontrados são únicos para a investigação, participantes e contexto do estudo. Uma vez que os

estudos qualitativos são importantes para abrir os horizontes ao campo experimental, esperamos que este estudo contribua de forma significativa para novas investigações. Por exemplo, seria interessante continuar o estudo incluindo crianças mais velhas que tivessem tanto sequelas como não.

Em termos de intervenção seria importante que o diagnóstico de deficiência nomeadamente, paralisia cerebral, fosse mais precoce para que a reabilitação começasse tão cedo quanto possível. A verdade é que, por vezes, os pediatras têm dificuldade em identificar os sinais precoces e não valorizam os antecedentes perinatais. Dizem às mães que elas são ansiosas e não enviam as crianças para os especialistas. Quando eles chegam a especialistas ou a centros especializados, os fisiatras e outros técnicos queixam-se de que as crianças foram trazidas tarde e deve ser difícil imaginarem que a responsabilidade não cabe só aos pais. O diagnóstico de paralisia cerebral inclui tonicidade muscular anormal, actividade excessiva dos reflexos primitivos e atraso na postura direita e reacções de equilíbrio (Harris, 1987, citado em Harris, 1997). Bastantes crianças que registam sinais neurológicos transitórios no primeiro ano de vida não vêm a registar dificuldades mais tarde e este facto deve aumentar o receio dos médicos efectuarem falsos diagnósticos positivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce – Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Crnic, K., & Greenberg, M. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209-217.
- Fitzgerald, H. et al. (1988). *Theory and research behavioral in pediatrics*, Vol. 4. New York: Plenum Press.
- Glaser, G. B., & Stauss, L. A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Goodfriend, M. (1993). *O tratamento das alterações do relacionamento na infância, numa unidade de cuidados intensivos neonatais*. Pediatrics American Academy of Pediatrics, edição Portuguesa, 1 (1).

- Harris, S. R. (1997). The effectiveness of early intervention for children with cerebral palsy and related motor disabilities. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 327-347). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury, London, New Delhi: Sage Publications.
- Zeskind, P., & Iacino, R. (1984). Effects of maternal visitation to preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Child Development*, 55, 1887-1893.

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo construir um modelo teórico acerca do comportamento de mães de crianças que fizeram asfixia perinatal. Os participantes são quatro mães cujos filhos têm idades compreendidas entre os quatro meses e os três anos de idade. Três das participantes eram primíparas e uma tinha já um filho. As mães foram contactadas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, tendo os dados sido recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas. A análise dos dados foi feita através do método Grounded Theory e permitiu constatar que toda a situação de crise é vivenciada por etapas, as mães têm necessidade de separar a situação em fases, como o nascimento, a alta da mãe, o internamento do bebé, a alta da criança e a

fase pós-alta da criança. Algumas categorias reveladoras da situação vivida pelas mães destas crianças no período pós-alta são a preocupação em relação ao desenvolvimento, vigilância permanente do desenvolvimento da criança e como consequência uma dependência entre a mãe e a criança.

Palavras-chave: Mãe, criança, asfixia perinatal, Grounded Theory.

ABSTRACT

The purpose of the present study is to build a theoretical model about parental behavior of mothers of children who have suffered from perinatal hypoxia. The participants are 4 mothers of children aged 4 months to 3 years old. Three of the participants were primiparous mothers. Mothers were contacted at Maternity ward. Data was collected by means of semi-structured interviews and analyzed according to the Grounded Theory. We found that all crisis is lived through stages, mothers need to separate the birth, mothers discharge from the maternity ward, the child's internment, and baby's discharge, and at home with the baby. Some categories from the after the child's discharge include mothers' concern about child development, vigilance of child development and as consequence mother and child dependence.

Key words: Mother, child, perinatal hypoxia, Grounded Theory.